FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 57

A propos de quatre gastrectomies pour perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Décembre 1943

PAR

Christine de FAUTEREAU-VASSEL

né le 22 Août 1912 à Rostock (Allemagne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — MM. BOURDE, *Président*; FIGARELLA, IMBERT, FIOLLE, *Assesseurs*

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
— — — 1943 — — —

A propos de quatre gastrectomies pour perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

A propos de quatre gastrectomies pour perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Décembre 1943

PAR

Christine de FAUTEREAU-VASSEL

né le 22 Août 1912 à Rostock (Allemagne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. BOURDE	*Président*
	FIGARELLA	
	IMBERT	*Assesseurs*
	FIOLLE	

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
1943

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL. *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE. OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J COMTE *Bibliothécaire :* Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	N...
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Cliniqne Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIERE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALIER
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargés de cours

Clinique dermatologique ..... VIGNE
Hydrologie clinique et thérapeutique ..... PIERI

Agrégés en exercice

MM
BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM.
DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale ..... DERRIEN
Physiologie ..... DONNET
Physique ..... ROUX

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Clinique de la tuberculose ..... BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses ..... PERIOT
Clinique chirurgicale infantile ..... IMBERT
Clinique stomatologique ..... ACHARD
Clinique gynécologique ..... FIGARELLA
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie (Pharmacie) ..... BOYER
Neuro-Chirurgie ..... ARNAUD
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT

A Monsieur le Professeur Y BOURDE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Témoignage de gratitude et de profond respect.

A MON JURY DE THESE

Au Docteur P.P. PRAT,
Chirurgien des Hôpitaux de Nice

qui nous a inspiré cette thèse.

Au Docteur M. NICOLAS
Chirurgien des Hôpitaux de Nice

qui a bien voulu mettre une observation à notre disposition.

A MES MAITRES

De l' Ecole de Médecine de Hanoi

des Facultés de Médecine de Paris et de Marseille
des Hopitaux de Nice (St-Roch, Pasteur et Lenval)

Meis et Amicis.

Introduction

Nous nous proposons de rapporter quatre cas de perforation d'ulcus gastrique ou duodénal en péritoine libre, traités par le Docteur P.-P. Prat (Observations I, II, III) et par le Docteur Nicolas (Observation IV), chirurgien des Hôpitaux de Nice. Ils ont pratiqué chez ces malades une gastrectomie d'urgence.

En commençant ce travail, qu'il nous soit permis de les remercier d'avoir mis à notre disposition ces observations et d'avoir favorisé l'élaboration de notre thèse.

Ce sont Judine à l'étranger, Duval en France qui se firent les vulgarisateurs et les défenseurs de la gastrectomie comme traitement de choix des ulcères perforés gastro-duodénaux.

Beaucoup d'opérateurs cependant hésitent encore à se lancer dans une intervention longue et importante, alors que le malade peut être guéri par une intervention plus simple. En effet, la sagesse exigerait de parer au danger immédiat en faisant une opération simple et plus rapide : la suture de l'ulcère perforé qui a l'avantage apparent (et peut-être plus hypothétique que réel) de faire courir au malade le risque minimum.

D'autre part, une gastrectomie faite chez un malade qui n'a pas été préparé, comme le sont tous les malades gastrectomisés « à froid », paraît plus dangereuse à certains et, par conséquent, plus aléatoire.

Aujourd'hui, à priori, la possibilité d'une gastrectomie d'urgence doit se poser à l'esprit de tout chirurgien en présence d'un ulcus perforé. Les oppositions systématiques ne sont plus de mise ; les raisons d'abstention citées précédemment ne tiennent plus devant les expériences faites dans tous les pays et les résultats obtenus.

Est-ce dire qu'il n'y a pas de contre-indications à la gastrectomie d'emblée ? Non, mais les contre-indications naîtront de l'étude du malade. Il ne doit plus y avoir des partisans pour ou contre la gastrectomie d'urgence, tout opérateur doit être apte à la pratiquer si les circonstances cliniques le permettent. La gastrectomie doit être une tendance thérapeutique et non un dogme ; le contraire serait un contre-sens chirurgical.

Au cours de notre étude nous envisagerons :
— l'historique de la gastrectomie d'urgence,
— son but et ses avantages,
— ses inconvénients,
— ses indications,
— ses contre-indications,
— sa technique.

Nous exposerons ensuite nos observations inédites ; nous préciserons enfin les résultats de la gastrectomie d'urgence et nos conclusions, en apportant quelques précisions de détails techniques et de traitement post-opératoire.

Historique

Le traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales fut limité, pendant longtemps, à la simple suture. Telle était la technique prudente et simple que préconisaient autrefois Lecène et Hartmann.

On la complétait souvent par la gastro-entérostomie. Cette intervention a d'abord une indication de nécessité dans les cas où l'enfouissement rétrécit la lumière du canal pyloro-duodénal ; elle permet le rétablissement du transit digestif.

Cette intervention complémentaire présente aussi l'avantage de mettre l'ulcère au repos en dérivant le parcours du contenu gastrique, permettant ainsi la cicatrisation de l'ulcère, l'arrêt des hémorragies et la moindre fréquence du retour des périodes douloureuses, si tant est que la gastro-entérostomie puisse guérir un ulcus gastro-duodénal.

Pendant ce temps, la gastrectomie, primitivement réservée aux cancers opérables, devenait peu à peu le traitement de choix des ulcères gastriques : d'abord pour ceux qui siégeaient sur la petite courbure de l'estomac, ensuite pour tous les ulcères quel que fût leur siège. D'opération de nécessité, la gastrectomie était devenue une opération physiologique.

Mais à cette époque, la gastrectomie était une intervention grave tant par la difficulté, la longueur opératoire, les tâtonnements d'une technique encore jeune, le manque d'entraînement des opérateurs, que par les déboires des anesthésies prolongées. En conséquence, le choc opératoire était considérable et à redouter pour les malades les plus robustes.

Aussi est-ce fort timidement que les premières gastrectomies pour ulcère perforé furent tentées ; il paraissait téméraire d'entreprendre un pareil tour de force au lieu de parer au plus pressé et de faire le minimum comme le voulait le dogme classique de la chirurgie d'urgence.

Entre 1920 et 1926 quelques essais furent tentés avec succès à l'étranger et publiés, notamment en Angleterre, en Autriche, en Russie, en Allemagne.

En Angleterre, Lewissohn met en évidence les mauvais résultats éloignés d'une série d'interventions salvatrices

pour ulcus perforé et conseille la gastrectomie dans les cas opérés tôt.

En Norvège, Odelberg cite des faits : 20 gastrectomies d'urgence, pratiquées entre la deuxième et la dix-septième heure ; un seul décès chez un opéré de la dix-septième heure.

A Carlsbad, Doberauer présente onze gastrectomies et trois morts.

A cette date, 1926, en France, Duval se basait sur les statistiques déjà publiées et soutenait, pour la première fois, devant la Société Nationale de Chirurgie, que la gastrectomie est le traitement de choix des ulcères perforés pour le présent et l'avenir. Ce fut à ce moment-là une désapprobation quasi-générale.

Il fallut la retentissante publication de Judine pour remettre en éveil cette importante question. Le grand mérite de Judine est d'avoir apporté une statistique imposante de 199 cas d'ulcères perforés opérés par différents procédés, dont 51 gastrectomies, avec une mortalité, pour cette dernière catégorie, de 8,1 %. De plus, il a posé les grands principes directeurs de la gastrectomie d'urgence, concernant les conditions optima de l'intervention. Il a notamment mis l'accent sur l'importance du choix de l'anesthésie : il préconise, en effet, l'anesthésie loco-régionale avec infiltration splanchnique qui a le mérite d'éviter les complications respiratoires et de diminuer le choc opératoire en supprimant la narcose ou la rachi-anesthésie et en nécessitant des manœuvres opératoires douces et prudentes.

Il est aussi le premier à faire la comparaison, entre les ulcus opérés par suture et par gastro-entérostomie d'une part, et les ulcus traités par gastrectomie, et met en évidence les résultats éloignés précaires de la gastro-entérostomie : 48 % de mauvais résultats.

Enfin, il insistait sur l'organisation particulièrement minutieuse et étudiée du service d'urgence de Moscou, où la centralisation et le transport rapide étaient parfaits ; le chirurgien ayant, en outre, à sa disposition une équipe chirurgicale d'aides et d'infirmiers entraînés, les médecins étant éduqués en vue de ce diagnostic d'ulcère perforé qui doit être synonyme d'intervention, et d'intervention rapide.

Une deuxième publication du même auteur vient compléter celle-ci en 1933.

A l'étranger, après lui, paraissent de nombreuses publications échelonnées jusqu'à nos jours, apportant des confirmations et des témoignages en faveur de l'opinion de Judine, et modifiant certains points de technique. C'est ainsi que l'anesthésie loco-régionale rallie tous les suffrages ; cependant, Carayannopoulos et Christeas d'Athènes proposent

l'anesthésie générale au protoxyde d'azote, excellente (alors qu'ils pratiquent toujours l'anesthésie loco-régionale pour leurs estomacs chroniques) parce que la sensibilité péritonéale des malades atteints de la perforation est, disent-ils, trop grande.

Ces mêmes auteurs rapportent treize observations de gastrectomie d'urgence avec treize guérisons, un pareil résultat leur permet de préciser avec autorité les indications déjà posées par Judine. Ils affirment, en outre, les bons résultats éloignés de la gastrectomie à opposer aux mauvais résultats de la gastro-entérostomie.

En 1939, W. Balbin rapporte 77 résections gastriques sur 136 ulcus perforés. La mortalité est de 8,3 %, les résultats éloignés sont bons, les malades ont été revus de deux à dix ans après la perforation : deux opérés seulement ont eu un mauvais fonctionnement digestif.

En France, Duval se fait le promoteur de cette technique quoique, désormais, écouté et approuvé, on ne le suit que dans les grands centres chirurgicaux et ce n'est que très lentement que la majorité des chirurgiens français adopte ce procédé.

Brocq, en 1936, insiste de la même manière sur les indications posées par Judine, et rappelle la nécessité d'une bonne organisation hospitalière en équipe. Il faut, dit-il : « du temps, des aides, un entraînement ». Il fait une revue générale des statistiques et des résultats publiés dans le monde.

En 1937, avec Aboulker, le même auteur interprète la statistique de Carayannopoulos et Christeas d'Athènes, ainsi que les statistiques françaises, précise les pourcentages, montre les avantages, pose les indications et interprète les résultats éloignés de la méthode.

La dernière publication faite par Ameline, en 1941, est toujours élogieuse et en faveur du procédé. Il note cependant la médiocrité de l'anesthésie locale chez certains malades dont le péritoine paraît très sensible à cause de l'irritation due à la présence de liquide gastrique dans le ventre, et préconise l'anesthésie générale d'une durée de 1 heure à 1 heure 50.

En Province, cette méthode a été également appliquée : à Marseille, Figarella, en 1942, propose de pratiquer le plus possible de gastrectomies d'urgence.

En résumé, le traitement des ulcères perforés par la gastrectomie d'urgence n'a pas cessé d'avoir de nouveaux partisans depuis 1929, date de la première publication de Judine. Cela tient au fait que :

1°) les vulgarisateurs de la méthode se sont basés sur des statistiques soigneusement établies et d'elles-mêmes éloquentes ;

2°) la gastrectomie à froid est devenue une opération courante, permettant aux chirurgiens d'acquérir l'entraînement nécessaire pour mener l'intervention vite et bien en cas d'urgence ;

3°) les services de garde se sont partout organisés en vue d'obtenir la précision et la rapidité qui doivent toujours être leur apanage.

Buts et Avantages

La gastrectomie d'urgence se propose de traiter d'emblée et d'une façon définitive, un sujet porteur d'un ulcère gastro-duodénal et ceci au cours de la complication princeps de cette affection : la perforation.

Elle veut détrôner le traitement palliatif et symptomatique que constituent la résection limitée ou la suture avec enfouissement. Elle veut aussi supplanter la suture complétée par la gastro-entérostomie ; elle leur oppose un traitement curatif qui a l'ambition d'être d'emblée définitif.

En effet, pourquoi les anciennes méthodes étaient-elles insuffisantes ? Parce que de telles interventions supprimaient le danger immédiat, certes, mais ne mettaient pas le malade à l'abri de certaines complications post-opératoires précoces ; parmi elles, la première, est l'hémorragie : Monod perd un malade au quatrième jour de l'intervention avec des signes d'hémorragie interne. D'autres cas analogues ont été signalés entre la onzième heure et le trentième jour après l'intervention. Ces malades, qui ont présenté une hématémèse après ulcus perforé et suturé, n'ont été guéris en aucun cas. Il semble donc que les hémorragies post-opératoires dues à l'évolution de l'ulcère soient particulièrement redoutables.

Après les hémorragies viennent les perforations itératives ; celles-ci sont rares, certes, cependant on a vu un ulcère perforé et suturé, continuer à évoluer et se reperforer *in situ*.

Enfin, la troisième complication venant assombrir les suites opératoires des interventions respectant l'ulcère est la dégénérescence néoplasique. En effet, si le cancer se perfore tout à son début, la malignité de la lésion peut passer inaperçue et Miginiac, Horn, Miliarvitch et Radoievitch (cités par Brocq et Aboulker dans leur article de la *Presse Médicale* de février 1937) ont publié des observations d'ulcère perforé suivi de suture et de gastro-entérostomie, ayant prouvé leur nature néoplasique par leur évolution. Une intervention radicale pourrait dans ces cas vus au début enrayer le mal. Il est bien entendu d'ailleurs qu'une telle éventualité est heureusement rare, et Guttmann a bien insisté sur le fait que la dégénérescence néoplasique de ces

ulcéro-cancers ne joue que pour certains ulcus de la petite courbure, ce qui limite encore sa fréquence.

En dehors de toutes ces complications, n'oublions pas que laisser l'ulcus après un simple enfouissement revient à laisser une zone septique et enflammée. La résection a l'avantage d'enlever ce foyer infectieux ; on trouve là l'explication de la simplification des suites opératoires au cours de la gastrectomie d'urgence, souvent plus parfaites qu'après suture et comparables en tous points à celles de la plus simple gastrectomie pratiquée à froid pour un ulcère en période de repos. Judine et Ameline ont insisté sur ce point.

Ceci explique donc le premier but de la gastrectomie d'urgence : supprimer la lésion actuelle pour éviter les complications post-opératoires précoces.

Mais en admettant que l'ulcère, cause de la perforation, guérisse définitivement après une intervention mineure, cet ulcère, perforé et suturé, peut continuer à évoluer. De plus, il n'est pas dit que le malade soit à l'abri d'une nouvelle atteinte de l'affection qui l'a frappé une première fois. On connaît de nos jours la coexistence de plusieurs ulcères évoluant simultanément : leur fréquence est de 5 % pour les médecins d'Edimbourg, de 23 % pour Judine. La suture de l'un d'eux n'arrête pas l'évolution des autres. Enfin, même en cas d'ulcère unique à l'heure de l'intervention, d'autres ulcères peuvent ultérieurement apparaître et se compliquer pour leur propre compte. Ceci s'explique par le fait que, avant d'être une maladie locale, l'ulcère gastro-duodénal est une maladie générale. Donc, pour traiter une telle maladie, il ne suffit pas de traiter l'accident « ulcère », mais il faut tenter de supprimer les facteurs indispensables à la formation de cet ulcère.

Cela nous amène à l'énoncé de notre deuxième but : supprimer le maximum de poche gastrique, faire une gastrectomie large pour éviter les récidives ultérieures.

N'oublions pas, enfin, que l'insuffisance de l'intervention pratiquée, expose les malades à la redoutable éventualité de l'ulcère peptique, complication tardive capitale après gastro-entérostomie. Celui-ci, en effet, se développe électivement au niveau ou au voisinage d'une bouche d'anastomose pratiquée antérieurement. Il est différent par sa pathogénie de la récidive banale et l'on a noté que les opérations qui donnent actuellement le plus faible pourcentage d'ulcère peptique sont les gastro-duodénectomies larges enlevant les deux tiers de la petite courbure, le pylore et la première portion du duodénum, suivies d'une anastomose termino-latérale de l'estomac avec le jéjunum ; leur taux est, en effet, moins de 1 % d'ul-

cère peptique (Finsterer) bien meilleur que celui que l'on trouve dans les interventions suivantes :

— gastro-entérostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire : 30 à 100 % d'ulcères peptiques ;

— la gastro-entérostomie en Y de Roux, qui donne presque à coup sûr l'ulcère peptique ;

— la gastro-entérostomie avec exclusion du pylore et la pylorectomie simple avec Bilroth II, qui donne 30 % d'ulcères peptiques ;

— la gastro-entérostomie simple qui donne un pourcentage de 1 à 10 % d'ulcères peptiques.

Signalons que, dans ce dernier groupe d'interventions, ce sont les gastro-entérostomies faites au bouton qui sont à l'origine d'un grand nombre d'ulcères peptiques.

Or, on est tenté d'employer ce procédé au cours d'une gastro-entérostomie pour perforation, à cause de sa rapidité. Plus que la gastro-entérostomie simple encore, cette méthode est donc à rejeter.

Il est aussi à remarquer que ce sont les malades ayant subi leur gastro-entérostomie en pleine poussée, qui font le plus fréquemment un ulcère peptique ; la perforation étant la preuve de l'état évolutif de la lésion il est donc sage de ne pas pratiquer dans ce cas une gastro-entérostomie.

Ceci légitime donc notre troisième but : faire une gastro-duodectomie large pour éviter l'ulcère peptique.

On conçoit d'ailleurs facilement l'avantage social énorme que représente cette intervention. Le malade a le bénéfice de subir, au cours d'une opération rendue indispensable par son caractère d'urgence, la cure radicale de sa maladie. Il échappe aux inconvénients et aux risques de ces opérations répétées qui guettaient autrefois les ulcéreux. Et cet avantage est particulièrement heureux pour les malades de condition modeste, qui ne peuvent s'accommoder de soins médicaux prolongés ni d'interruptions répétées. On connaît, à l'opposé, la négligence de certains malades qui ne veulent pas se faire réopérer, après la guérison aléatoire de leur perforation, et préfèrent vivre précairement avec des troubles digestifs et la menace d'accidents brutaux ; il faut tenter de les guérir complètement, en pratiquant d'emblée la gastrectomie au cours de la perforation.

Les inconvéniets auxquels sont exposés les malades non gastrectomisés sont bien mis en lumière par le cas suivant, observé par le Docteur P.-P. Prat :

Madame D... est opérée le 1er janvier 1939 pour ulcère perforé. On pratique un enfouissement de la perforation avec gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture.

Son état nécessite le 6 juin 1940, une réintervention. On ne constate, à cette date, aucun ulcère peptique, mais la bouche est enserrée par de nombreuses adhérences qui diminuent son calibre ; elles sont libérées.

Elle est revue en août 1941. Le tableau clinique d'ulcère peptique est confirmé par une radiographie qui montre « une rétraction de la petite courbure de l'estomac — une bouche de gastro-entérostomie ne fonctionnant pas — une image d'ulcus peptique à son niveau — une évacuation gastrique normale par le duodénum » (Docteur Paschetta).

Une gastrectomie est pratiquée et suivie d'une guérison complète. Ces étapes auraient été évitées si la gastrectomie avait été faite d'emblée.

Voici donc les points essentiels du but et des avantages de la gastrectomie d'urgence :

1°) supprimer l'ulcère d'une façon définitive :

a) pour éviter les complications post-opératoires précoces : hémorragies, perforations itératives, dégénérescence néoplasique (rare) ;

b) pour supprimer le foyer septique que constitue l'ulcus et avoir ainsi des suites opératoires simples ;

2°) supprimer le maximum de poche gastrique pour éviter les récidives ultérieures ;

3°) Faire une gastro-duodénectomie large pour éviter l'ulcère peptique.

4°) Mettre, presque à coup sûr, le malade à l'abri d'une intervention ultérieure, toujours grave, qui serait la conséquence d'un premier acte chirurgical timoré.

Inconvenients

1°) On a reproché aux résections et à la gastrectomie étendue d'au moins les deux tiers, d'être d'abord une intervention longue et difficile à réaliser en chirurgie d'urgence. Nous verrons que la technique actuelle tend à minimiser les risques dûs au choc opératoire et que la gastrectomie ne sera tentée que dans certaines circonstances, les indications opératoires faisant espérer des suites aussi aisées que celles d'un simple enfouissement.

De plus, l'organisation actuelle des services chirurgicaux d'urgence permet de la réaliser aussi commodément que pour les ulcus banaux opérés à temps prévu (aides et chirurgiens entraînés à cette chirurgie gastrique et groupés en équipes, malades transportés rapidement).

2°) On lui a aussi reproché de s'adresser à des malades non préparés ; n'oublions pas que les malades choisis soigneusement suivant les indications que nous allons préciser et étant donc en bon état, n'ont pas un besoin absolu d'une préparation générale.

3°) On lui attribue ensuite, de même qu'à la gastrectomie à froid, certains troubles du fonctionnement gastrique, de la diarrhée, de la colite. Or, ceci est notablement moins fréquent après gastrectomie qu'après suture avec gastro-entérostomie et, de plus, est souvent passager ; c'est là un moindre risque à courir. Quant aux anémies graves succédant à certaines gastrectomies par suppression de l'antre et du ferment antianémique de Castle qu'il sécrète, elles sont pratiquement négligeables. Il ne nous appartient pas, d'ailleurs, de discuter ici les inconvénients de la gastrectomie en général, ceux-ci sont d'eux-mêmes détruits par l'extension que prend de nos jours la gastrectomie banale et les résultats qu'elle entraîne.

4°) On a aussi signalé des hémorragies par faute de technique dans les surjets, et des péritonites par lâchage des sutures. De tels accidents sont à imputer à l'opérateur plus qu'au procédé, le perfectionnement et l'entraînement des chirurgiens le réduisent, de nos jours, à de minimes exceptions. D'ailleurs, un accident de ce genre n'est pas impossible après gastro-entérostomie et nous avons déjà vu que l'ulcus enfoui,

avec le foyer septique qu'il comporte, est, lui aussi, un risque d'infection péritonéale.

Il semble donc qu'aucun de ces inconvénients ne soit irréfutable : ils sont réduits à néant si l'on respecte les indications et la marche à suivre tracées par les promoteurs de la méthode.

Indications

Voici donc les indications qui permettent de pratiquer la gastrectomie d'urgence dans les conditions les meilleures, en ra'l'ant tous les avantages que cette intervention comporte, et en réduisant les inconvénients au minimum.

Arrêtons-nous d'abord à la première indication de toutes, celle où la gastrectomie est imposée par l'impossibilité de faire autre chose ; il s'agit alors d'une indication de nécessité. Cette impossibilité de pratiquer la suture ou la simple résection se rencontre dans les cas d'ulcères calleux ou trop étendus, entourés d'une inflammation tissulaire plus ou moins rétractile avec adhérences et périviscérite consécutive à l'évolution de la lésion. Les tissus friables se coupent à chaque point et leur induration et leur fixité empêchent de les ramener pour en obtenir l'obturation. Une épiplooplastie elle-même paraît difficile à réaliser, car on ne peut fixer hermétiquement l'épiploon sur des tissus périulcéreux aussi fragiles. Un enfouissement large prenant appui sur les tissus sains, au delà de la zone d'induration formerait une sténose également impossible. La résection pratiquée dans un cas de Christeas et Caravannopoulos n'est pas toujours réalisable. Il en est de même lorsque deux perforations simultanées sont trop voisines pour être enfouies toutes les deux. De telles gastrectomies imposées par l'impossibilité de mettre en œuvre un autre procédé, sont relativement rares et n'ont qu'un intérêt secondaire. Mais nous ne devons pas oublier que les premiers chirurgiens qui se lancèrent dans de telles interventions furent poussés par cette indication de nécessité qui ne leur laissait pas le choix. (Observation de Michon, *Soc. Nat. de Chirurgie*, 1940).

Ceci mis à part, les autres indications doivent être qualifiées d'indications d'élection que Brocq a clairement exposées en 1936. Pour les établir, il s'appuie sur trois facteurs :

facteur temps,
facteur clinique,
facteur anatomique.

1°) *Facteur temps.* — L'étudier consiste à évaluer le nombre d'heures écoulé depuis la perforation, ce qui permet alors de connaître approximativement et indirectement le degré d'infection péritonéale. La mortalité par péritonite croît en

raison du temps qui sépare le début des accidents et l'intervention. D'après Judine, parmi les malades opérés :

— dans les 6 premières heures, il y a 5,5 % de morts
— entre la 6e et la 9e heure » 20 % » »
— entre la 9e et la 12e heure » 40 % » »
— entre la 12e et la 24e heure » 46 % » »
— entre la 24e et la 48e heure » 71 % » »
— après 48 heures, il y a 100 % de morts.

Il est, en effet, indispensable, pour que la gastrectomie ait des chances de réussite, qu'elle soit faite en milieu pratiquement stérile. Dans les premières heures, cette condition est réalisée, peut-être à cause de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique. Mais peu à peu, la flore microbienne va se développer. Or, l'examen bactériologique du liquide péritonéal recueilli à l'ouverture du péritoine, donne des renseignements inexacts et entâchés d'erreurs. En effet, tel liquide qui, à l'examen direct, ne contient que fort peu de germes donnera à la culture des souches très virulentes ; la morphologie et le nombre des microbes décelés au premier examen ne donnent donc pas de renseignements sur leur virulence et l'infection péritonéale doit être remplacée par le facteur temps, plus clinique, plus pratique, plus sûr, quoique d'approximation plus grossière.

D'après les statistiques citées plus haut, on considère que jusqu'à la sixième heure l'épanchement est stérile. Sa virulence est à redouter en moyenne à partir de la douzième heure. Passé ce délai, l'infection est probable, sinon certaine, et ceci varie encore suivant que le liquide gastrique épanché contient ou ne contient pas de débris alimentaires. On connaît en effet, la gravité particulière des perforations survenant au cours de la digestion stomacale. Cependant, ce repère clinique facile a été vérifié expérimentalement. Précisons que l'on superpose, en général, la minute de la perforation avec la douleur brutale en coup de poignard. Cependant, cette coïncidence n'est qu'approximative, la perforation pouvant précéder ou suivre la douleur de « Miserere » (témoins certains cas d'ulcères perforés sans début brutal). Mais le délai de 12 heures, qui ne doit pas être dépassé, est assez strict, en raison même de l'erreur d'approximation du début de l'épanchement. Ajoutons enfin que dans l'état actuel des services d'urgence tous les ulcères perforés peuvent être vus avant cette date, si les médecins ont été appelés assez tôt pour faire le diagnostic rapide et prendre les mesures de transport nécessaires.

2°) *Facteur clinique.* — L'état général du malade lui permettra-t-il de supporter l'intervention ? Là encore un schéma a été fait ; au-dessus de 45 ans, il est préférable de s'abstenir,

l'intervention étant trop choquante passé cet âge. Mais il faut se rappeler que l'âge physiologique, l'âge de l'usure d'un organisme est parfois en désaccord avec l'âge réel de l'individu. C'est donc surtout par l'examen minutieux de l'appareil cardio-vasculaire et de l'appareil respiratoire du malade, par l'étude fouillée de ses antécédents, par la notion d'un bon état général, que nous fonderons notre décision : un malade d'âge moyen, indemne de toute tare organique et dont l'intégrité cardio-pulmonaire rénale est parfaite, est apte à supporter la gastrectomie d'urgence. Rappelons qu'un de nos malades était âgé de 65 ans et a fort bien guéri.

3°) *Facteur anatomique.* — La gastrectomie sera-t-elle d'exécution réalisable ? Voilà la question que doit se poser le chirurgien avant et au début de l'intervention, le ventre ouvert. Pour que l'intervention réussisse elle doit être faite dans des conditions de facilité et de sûreté qui seront assurées si l'angle inférieur d'ouverture du thorax (trop faible), si l'adiposité du sujet ne viennent pas obliger l'opérateur à travailler dans un puits profond et étroit. Ceci constitue, en effet, une gêne opératoire considérable même pour un simple enfouissement, à plus forte raison pour la gastrectomie.

Le siège de l'ulcération est primordial pour l'indication opératoire. S'il est placé très haut sur la petite courbure, trop près du cardia, à tel point qu'une gastrectomie en gouttière ne sera même pas réalisable, et s'il est situé très loin sur le duodénum près du genu supérius, l'exérèse en est impossible à cause de la fermeture trop précaire du duodénum et de la difficulté que constitue l'adhérence au pancréas. La fistule duodénale est encore un des moindres maux que pourrait entraîner une témérité opératoire trop grande. Ces indications anatomiques ne sont appréciées qu'à l'intervention et varient dans une certaine mesure avec l'entraînement de l'opérateur.

Rappelons à propos de ce facteur anatomique que l'indication de gastrectomie d'urgence a été posée au cours d'hémorragies ulcéreuses graves ne cédant pas au traitement médical et au cours d'ulcus peptiques post-opératoires perforés, quand les lésions le permettent ou l'imposent.

Ces faits ne sont cités ici que pour mémoire ; ils nous écarteraient d'ailleurs de notre sujet limité aux perforations d'ulcères gastriques traitées par gastrectomie.

Ces deux questions ont été traitées par Félix Papin et Wilmoth au *Congrès de Chirurgie* 1933 (traitement des hémorragies ulcéreuses) et par Gosset et Le Riche au *Congrès de Chirurgie* de 1931 (ulcus peptiques post-opératoires).

Les trois facteurs :

— temps : traduisant l'infection péritonéale,

— clinique : donnant le bilan anatomique du malade,

— anatomique : reposant sur les caractères de l'ulcère doivent être analysés pour tenter la gastrectomie d'urgence avec le maximum de chances de succès. Il ne faut jamais oublier que ces trois conditions réunies sont nécessaires pour entreprendre une gastrectomie pour ulcus perforé gastro-duodénal.

Contre-indications

Nous précisons les contre-indications de la gastrectomie d'urgence en prenant le contre-pied des indications que nous venons de passer en revue. Voici les principales :

1°) L'heure tardive de l'arrivée du malade devant le chirurgien (à partir de 12 heures après la perforation).

2°) Une tare organique,
une absence de résistance physique,
une usure précoce.

Retenons que l'âge du patient n'a ici plus rien à voir : un tuberculeux pulmonaire, un convalescent, un alcoolique, ne doivent pas être gastrectomisés, même au-dessous de 45 ans.

3°) L'impossibilité anatomique d'extirpation de l'ulcère.

Ces trois ordres de considérations doivent inciter le chirurgien à se contenter d'une opération conservatrice. Un seul de ces facteurs est suffisant pour légitimer l'abstention.

Technique

La technique appliquée dans la gastrectomie d'urgence doit se rapprocher le plus possible de la technique de la gastrectomie banale. Elle ne doit pas lui être inférieure en minutie et en précision. Chaque geste de l'opérateur doit être suffisamment étudié et connu de lui pour éviter les tâtonnements, et si elle doit être menée sans lenteur, ce ne doit pas être aux dépens de la perfection d'exécution de l'intervention.

Il est à remarquer, avant d'entreprendre le détail de cette technique, qu'elle peut présenter des difficultés inhérentes :

1°) à la perforation, qui entraîne l'inondation péritonéale par un liquide non septique mais en puissance de le devenir,

2°) à l'état actuel de l'ulcère qui est en poussée évolutive, ceci entraînant un état inflammatoire des tissus périulcéreux, avec friabilité et œdème,

3°) au caractère brutal et urgent de l'intervention qui ne permet pas de donner au malade les soins préopératoires préconisés pour la gastrectomie banale.

I. PREPARATION DU MALADE.

Celle-ci doit être rapide et complète : le malade a subi l'examen général permettant d'écarter tout phénomène pathologique ou tare organique et de poser l'indication de gastrectomie.

II. ANESTHESIES.

Plusieurs méthodes sont en présence :

A - l'anesthésie loco-régionale,

B - l'anesthésie générale,

C - l'anesthésie péridurale.

A. — *L'anesthésie loco-régionale* préconisée par Judine paraît donner d'excellents résultats. Il est bon de le faire précéder d'une injection intraveineuse d'hypnotique type scopolamine-morphine qui assure au cours de l'intervention le calme de l'opéré et la tranquillité du chirurgien. Ici

même l'injection intraveineuse de ce produit, ou plus exactement d'une spécialité plus jeune mais excellente, le scophédal, donne une anesthésie de base excellente, qui a l'avantage d'être obtenue rapidement, d'être relativement forte ; son action est prolongée par une injection intramusculaire du même produit, cette dernière agissant plus lentement.

On pratique ensuite :

a) une anesthésie localisée plan par plan, le péritoine et les mésos étant injectés sous le contrôle de la vue.

b) une anesthésie régionale par infiltration des splanchniques, atteints soit par voie paravertébrale avant l'anesthésie locale, soit par voie transpéritonéale après ouverture de l'abdomen.

Il est unanimement reconnu que, dans tous les cas où la chose est possible, il faut faire une anesthésie locale. Les avantages reconnus de ce procédé sont les suivants : les complications pulmonaires sont moins fréquentes, les traumatismes opératoires et la désintégration tissulaire sont diminués car les gestes de l'opérateur sont plus doux. (Duval et Binet ont d'ailleurs montré le rôle que jouait la désintégration tissulaire dans les manifestations pulmonaires post-opératoires). Enfin, le choc immédiat est insignifiant en comparaison de celui que peut entraîner une anesthésie générale ou une rachianesthésie qui, lorsqu'elle est prolongée comme dans une gastrectomie, n'est pas toujours supportée sans dommage. En outre, les petits accidents du réveil (excitation, vomissement, soif), sont supprimés, au grand avantage du malade, car ceci évite à un estomac traumatisé par l'opération tout effort inutile et douloureux pouvant entraîner la désunion des sutures.

B) - l'anesthésie générale est utilisée par certains comme début de l'anesthésie loco-régionale. Judine emploie ainsi l'éther. Christens et Carayannopoulos utilisent de la même manière le protoxyde d'azote.

Malgré les inconvénients qu'entraîne une anesthésie générale pendant toute la durée de l'intervention, celle-ci a été préconisée à nouveau par Ameline en 1941. Il écrit : « l'anesthésie locale en péritoine enflammé m'a paru de qualité moyenne ou médiocre et j'ai eu recours neuf fois (sur treize) sans inconvénients à l'anesthésie générale pour des interventions d'une durée de une heure quarante à une heure cinquante.

Une telle opinion, fondée sur des faits, est à retenir et est en faveur des progrès accomplis dans la technique depuis Judine qui contre-indiquait formellement tout autre procédé.

C) - *L'anesthésie péridurale* de Dogliotti de Turin a été proposée par M. V. Aubert de Marseille ; elle n'est pas encore passée dans la grande pratique, mais ses partisans font ressortir sa qualité, son innocuité : ils lui reconnaissent tous les avantages de la rachi sans ses inconvénients.

Aubert a utilisé ce procédé dans 21 gastrectomies. Un seul échec par symphyse durale fut relevé.

L'expansion de ce mode d'anesthésie est à souhaiter.

Cependant, avec beaucoup d'auteurs actuels, et d'apres notre propre expérience, l'anesthésie loco-régionale est sûre, bonne et non choquante dans tous les cas ; elle nous a permis de mener à bien nos quatre interventions.

III. ETAPES.

Nous n'allons pas entreprendre la description des différents procédés que l'on emploie pour réséquer l'ulcère et la portion d'estomac que l'on juge nécessaire d'enlever.

Le siège de l'ulcère, son étendue, l'état de l'estomac dilaté ou non guideront le chirurgien dans ce choix.

En présence des lésions, il choisira soit les procédés simples de gastrectomie à la Finsterer (avec fermeture partielle de la tranche gastrique et entéro-anastomose sur le reste de cette tranche) ou à la Polya (entéro-anastomose sur toute la tranche gastrique) ; soit les procédés plus complexes tels que la résection en gouttière (électivement indiquée dans les ulcères haut situés de la petite courbure).

Le Bilroth II, lui, n'est nécessaire que dans un ulcus de la partie supérieure de la petite courbure au même titre que la gastrectomie en gouttière. En effet, grâce à l'écraseur de de Martel, qui permet une solide traction sur l'estomac, on peut réséquer très haut la petite courbure tout en gardant sur la grande courbure assez de tissu pour permettre une gastro-entéro-anastomose à gauche, basse et postérieure.

Insistons simplement sur quelques points particuliers qui dépendent de l'état de perforation de l'ulcère :

1°) L'aspirateur électrique est d'un puissant secours pour l'évacuation du liquide épanché dans le péritoine. Il doit toujours être employé ; la présence de débris alimentaires plus ou moins gros rend l'utilisation de cet appareil parfois difficile, car ils obturent les orifices d'aspiration. Il faut cependant persévérer avec patience et enlever la plus grande quantité de liquide possible.

2°) Avant d'entreprendre la gastrectomie, il est bon de fermer l'ulcère, d'une façon précaire sans doute mais étanche, avec un surjet ou une bourse en masse ; ainsi le péri-

toine étant vide et la perforation provisoirement obturée, l'intervention se rapproche de la gastrectomie banale.

3°) Il semle préférable de pratiquer, au début de la gastrectomie, un *décollement coloépiploïque* plutôt que d'effondrer le ligament gastrocolique. En effet, la première méthode seule enlève l'épiploon et a l'avantage de diminuer au maximum la possibilité des adhérences ou la création de brides post-opératoires autour desquelles l'intestin risque de s'enrouler et de créer une occlusion, éventualité qui serait plus fréquente, aux dires de certains, dans un péritoine irrité par la présence du contenu gastrique.

4°) L'aspirateur doit être utilisé une deuxième fois au cours de l'intervention pour l'évacuation du fragment gastrique restant au moment du rétablissement de la continuité gastro-intestinale après le surjet séro-séreux postérieur définitif jéjuno-gastrique.

5°) La fermeture du bout duodénal est plus ou moins difficile suivant la position de l'ulcère. La difficulté est maxima quand la lésion siège sur le segment pyloro-duodénal. Elle est accrue éventuellement par son adhérence au pancréas. Cependant, l'œdème périduodénal, toujours très net, d'après Ameline, est d'un puissant secours : « on dirait qu'une infiltration anesthésique a écarté les mésos, dissocié les tissus, et préparé la pédiculisation du duodénum indispensable à une bonne fermeture ».

Malgré cela, et Ameline le signale également, il arrive exceptionnellement qu'un ulcus calleux pyloro-duodénal présente en plus de l'infiltration périulcéreuse signalée plus haut, une induration annulaire totale ou partielle de la lumière duodénale, gênant l'enfouissement de la muqueuse. La dissection devra alors être poursuivie avec soin et prudence. Il vaut mieux passer un peu plus de temps à libérer une plus grande longueur de duodénum pour arriver en tissu souple normal et bien enfouir, que de risquer une fistule duodénale.

En somme, la dissection du duodénum est plus facile dans une gastrectomie d'urgence que dans une gastrectomie banale où l'ulcère est, en général, en période non évolutive et ne présente pas d'infiltration périulcéreuse. Mais l'enfouissement est par contre plus difficile dans le cas qui nous occupe. Il suffit souvent d'insister sur la dissection pour faciliter l'enfouissement.

Cette suture du bout supérieur du duodénum doit *être très soigneuse* à cause du milieu septique ambiant, pour éviter l'incident déjà signalé, la fistule. Elle se fait en trois plans avec, si possible, une épiplooplastie de sûreté.

6°) Le drainage. — Il peut être évité si la quantité de liquide épanché est faible et si l'intervention est faite très précocement après la perforation (dans les trois premières heures).

Dans les autres cas, il est bon de drainer. On a intérêt à placer le drainage hors de la plaie opératoire ; on diminue ainsi la suppuration de cicatrice, certaines éventrations.

Le drainage dans la région *sous-hépatique* est excellent et prévient toute rétention dans cette région, pouvant entraîner la formation d'abcès sous-phrénique. On utilise une mèche, une lame ou drain de caoutchouc de moyen calibre.

Si l'on redoute de ne pas avoir évacué tout le liquide péritonéal, on établit alors un drainage du cul-de-sac de Douglas par tube de caoutchouc sortant au-dessus du pubis.

Le drainage des deux fosses iliaques n'est plus employé.

7°) La fermeture de la paroi. En raison de la nature urgente de l'intervention et de la nécessité d'aller vite et au plus pressé, la paroi était autrefois fréquemment fermée aux fils de bronze.

Actuellement, si rien ne le contre-indique, si le malade est en bon état et s'il ne se « défend » pas trop, on tente d'abord de reconstituer la paroi plan par plan.

IV. INCIDENTS.

Les incidents opératoires sont rares. Rappelons, en effet, que les ulcus perforés sont des ulcères qui n'ont souvent jamais fait souffrir les malades avant la perforation ; ce sont des lésions développées à bas bruit, les adhérences pathologiques y sont alors rares et l'on a, la plupart du temps, affaire à une perforation libre. Rappelons de plus que les indications ne nous ont fait choisir que des ulcus anatomiquement extirpables. Aussi l'intervention se déroule-t-elle souvent plus simplement qu'une gastrectomie banale.

Les incidents et suites post-opératoires sont aussi remarquablement simples. Souvent l'évolution surprend par l'apyrexie qui la caractérise et l'amélioration rapide de l'état général.

On a signalé quelques fistules du duodénum ; leur gravité est moyenne et la guérison spontanée est presque la règle au bout d'une vingtaine de jours.

Les complications d'ordre général (affections pulmonaires, cardiaques, urémie post-opératoire) sont pratiquement inexistantes du fait des contre-indications qui écartent les sujets susceptibles de les présenter.

V. SOINS POST-OPERATOIRES.

Le sérum physiologique sous-cutané, les tonicardiaques sont administrés « larga manu » dans les heures et les trois jours qui suivent l'intervention, si le malade a beaucoup vomi et s'est ainsi déshydraté.

Le sérum chloruré hypertonique intraveineux, par sa haute valeur rechlorurante, antitoxique, et péristaltique doit être prescrit aussi. La perfusion intraveineuse de sérum physiologique doit être mise en œuvre chez les grands déshydratés.

Le malade doit être assis le plus vite possible dans son lit pour éviter toute congestion passive des bases pulmonaires. L'alimentation liquidienne est progressivement reprise.

Aux incidents post-opératoires signalés plus haut, on appliquera une thérapeutique intensive :

— *le choc opératoire* est traité par la perfusion intraveineuse de sérum bicarbonaté et hyposulfité selon Binet ;

— *les vomissements* sont jugulés par le sérum sous toutes ses formes, et même le lavage d'estomac qui ne présente aucun ennui ;

— *les fistules duodénales*, autrefois reputées, sont actuellement rapidement taries par la pratique de l'aspiration continue, l'injection d'insuline, et la cure de soif ;

— *les complications pulmonaires*, lorsqu'elles surviennent sous une forme grave, relèvent des sulfamides à haute dose et l'utilisation d'une tente à oxygène, remplacée à défaut par une sonde nasale mise en communication avec une bombe à oxygène dont le débit est réglé et surveillé grâce à l'interposition d'une cuve à eau.

Cette thérapeutique peut être complétée suivant les malades et leur état, par cortines de synthèse et l'hépatothérapie. Ceci est laissé à la décision du chirurgien et imposé par les cas d'espèces.

Observations

OBSERVATION I

Monsieur André S..., 27 ans, manœuvre.

Ce malade entrait, le 13 juin 1939, dans un Service de médecine de l'Hôpital Pasteur, pour douleurs de l'hypocondre droit, dont le début remontait à dix mois environ. Ces douleurs à type de strictions épigastriques irradiées à droite, qui obligeaient le malade à se coucher sur le ventre au paroxysme de la crise, survenaient vers 10 heures et 17 heures, après un intervalle assez long entre le petit déjeuner ou le repas de midi et les premiers phénomènes douloureux.

Cependant, immédiatement après le repas, le malade accusait des régurgitations fréquentes. Il souffrait plusieurs jours à la suite, avec une intensité variable, mais il avait des périodes de calme complet plus ou moins longues entre ces crises.

Une radiographie gastrique et intestinale, pratiquée le 24 décembre, donne les résultats suivants :

— foie mesurant 15 cm. sur la ligne mamelonnaire,

— région de la vésicule biliaire paraissant peu sensible ;

— estomac en bonne position ne présentant pas d'hypersécrétion ni hyperkynésie, ni image pathologique des faces ou des courbures ;

— les évacuations sont normales ;

— le débit pylorique est bien maintenu ;

— le bulbe ne présente pas de niche ;

— le transit est un peu retardé sur les dernières portions du grêle ;

— la région cœco-appendiculaire est nettement sensible ;

— transit accéléré sur le transverse et le descendant.

Cette radiographie fait écarter par le médecin traitant l'hypothèse d'ulcus qu'il avait envisagé. Un traitement de dyspepsie banale est institué.

Mais au mois de mai 1939, les douleurs deviennent journalières et intolérables ; le malade ayant beaucoup maigri, se décide à entrer à l'Hôpital. A son entrée, un examen physique minutieux est entièrement négatif. Un traitement vésiculaire d'essai est alors institué : chophytol, uroformine intraveineuse, huile de vaseline ; il n'amène aucune amélioration.

Brusquement, le 24 juin vers 11 heures, l'ulcère gastrique jette le masque de la cholécystite : la douleur brutale persistante, transfixiante, des vomissements, la contracture de bois, l'ascension du pouls, rien ne manque au tableau de la perforation d'ulcus. Celle-ci s'étant produite à l'hôpital sous surveillance médicale, le malade a pu être opéré 3 heures après le début de la douleur révélatrice.

PROTOCOLE OPERATOIRE. L'intervention est faite par le Docteur Prat, sous anesthésie locale de la paroi et des mésos avec anesthésique de base (scophédal intraveineux).

Après ouverture du péritoine, la perforation est immédiatement découverte sur le bord de la petite courbure au tiers inférieur. Elle est immédiatement enfouie.

La gastrectomie est facile. Après décollement coloépiploïque, le duoénum est aisément libéré, fermé en bourse et enfoui avec épiplooplastie de sécurité. Le procédé de Polya est utilisé pour la fermeture de la tranche gastrique et son anastomose avec la première anse jéjunale.

La paroi est fermée par des points de catgut sur les muscles et le péritoine. Quelques crins totaux et agrafes sur la peau après mise en place d'un drainage sous-hépatique et sus-pubien, en dehors de la plaie opératoire.

SUITES OPERATOIRES : Le malade reçoit, en raison de son état déficient du point de vue hépatique et général, une médication intensive. Les trois premiers jours :

— sérum glucosé hypertonique : 50 cc.
— sérum physiologique sous cutané : 1 litre.
— extrait surrénal : 1 cm^3.
— extrait perhépatique, coramine, solucamphre, morphine, soludagénan.

L'injection d'extrait surrénal est poursuivie jusqu'au 6e jour, l'injection d'extrait perhépatique jusqu'au 9e jour.

La température n'a jamais dépassé 38°2 (température maxima atteinte le premier jour après l'intervention).

Les drainages sont complètement supprimés au cinquième jour.

Le lever s'effectue le septième jour après l'opération.

Les agrafes sont enlevées le septième jour, et les crins le neuvième.

La cicatrice opératoire est parfaite et solide.

Le onzième jour après l'intervention, ce malade pèse 53 k. 500. A ce moment, on se contente de reprendre une alimentation progressive (5 petits repas par jour) et de faire absorber au malade deux ampoules d'extrait hépatique buvable, chaque jour. Un mois après, il avait augmenté de 8 kgs.

Le 21 juillet, une radiographie de contrôle est pratiquée ; en voici le résultat :

Estomac gastrectomisé : la bouche est placée du côté de la petite courbure à 4 ou 5 cm. au-dessus du bas fond gastrique ; la bouche est continente, les évacuations normales. L'évacuation gastrique s'effectue lentement ; une demi-heure après l'ingestion, l'estomac contient encore la moitié du liquide opaque ingéré. La zone opératoire n'est pas sensible, sa mobilité et sa souplesse sont normales.

Revu dans le service du Docteur Prat en décembre 1941 pour un traumatisme cranien avec coma, dont il s'est heureusement sorti, le malade nous a assuré n'avoir plus ressenti aucune douleur ni trouble digestif.

Dès sa sortie de l'hôpital, il n'a plus observé de régime et a repris son rythme alimentaime antérieur avec deux gros repas par jour. Il a continué son métier fatigant de travailleur de force ; il a été mobilisé et a mangé la nourriture des troupes. Sa guérison est parfaite et, jusqu'ici, définitive.

OBSERVATION II

Monsieur Guidi M..., 45 ans.

Cet ouvrier entre à l'Hôpital Pasteur le 28 octobre 1940, pour vomissements et douleur brusque en coup de poignard survenue 6 heures auparavant, au niveau du creux épigastrique. Cette douleur est transfixiante et persistante depuis le début avec des paroxysmes accompagnés de rémission.

Dans ses antécédents, aucun passé digestif ne peut être révélé. Il a seulement subi en 1938 une intervention pour cure de hernie inguinale droite sous anesthésie générale, suivie d'une congestion pulmonaire post-opératoire qui a bien guéri, laissant cependant comme séquelle une expectoration légère, le matin, d'aspect banal.

Passant alors à l'examen, on note un faciès anxieux ; le malade est d'ailleurs maigre constitutionnellement.

La respiration est du type supérieur et l'abdomen reste immobile aux deux temps respiratoires.

La palpation nous révèle un ventre de bois qui s'assouplit légèrement dans la région sus-pubienne. Le maximum de la douleur à la pression est sur la ligne médiane à mi-chemin de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. La matité préhépatique a disparu, on ne note pas de matité dans les flancs. La température est à 37°2, le pouls bat à 125.

L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal, pas plus que la recherche des antécédents : le cœur, les poumons sont cliniquement sains.

PROTOCOLE OPERATOIRE. — Le Docteur Prat commence l'intervention 7 heures après le début.

L'anesthésie locale est mise en œuvre après injection intraveineuse de scophédal.

Le péritoine étant incisé, un liquide muqueux et sale s'écoule par la brèche. On découvre un ulcus duodénal perforé situé sur le bord supérieur du bulbe duodénal. On note la présence d'un mégaduodénum, celui-ci étant anormalement dilaté au-dessous de l'ulcère et relativement mobile. Ce fait va favoriser la gastrectomie d'urgence qui est pratiquée facilement dans ce temps duodénal malgré la présence de l'ulcère.

Le duodénum est fermé au point de Coneil ; cette première suture est complétée par deux surjets séro-séreux et une épiplooplastie de sécurité.

L'estomac est fermé suivant la technique de Polya.

Par prudence, on met en place un drainage à la paroi, loin de la plaie opératoire, dans la région sus-pubienne et sous-hépatique. La paroi abdominale est fermée comme dans l'observation précédente.

LES SUITES OPERATOIRES : Au début tout se déroule normalement.

La température se maintient entre 37°4 et 38° pendant les 10 premiers jours, avec tendance à baisser progressivement.

Le traitement post-opératoire intensif habituel est mis en œuvre : sérum sous-cutané, sérum hypertonique, coramine et solucamphre, hémopylore en raison de la maigreur du malade.

De plus, pour prévenir toute complication pulmonaire, signalée lors de sa cure radicale de hernie, une injection de pyoformine est pratiquée journellement. Malgré cela, le malade tousse et crache légèrement.

Au douzième jour, il ressent une douleur thoracique droite survenue brusquement, siégeant dans toute la partie inférieure du poumon droit, douleur qui s'est accompagnée d'une augmentation de la toux et des crachats. Ceux-ci gardent leur aspect mucopurulent banal sans hémoptysie même minime. L'auscultation fait entendre quelques râles disséminés à la base. La recherche de B.K. pratiquée à ce moment est négative. Parallèlement, la température vespérale s'élève un peu.

Cependant, la cicatrisation est complète et parfaite. Les agrafes et les points ont été enlevés respectivement aux septième et dixième jours. Les drains supprimés au quatrième jour ont permis la fermeture très rapide des trajets de drainage. L'alimentation progressivement reprise est parfaitement supportée ; le malade n'accuse qu'une constipation légère.

Ce malade est passé dans un service de Médecine le 13 novembre. Une radiographie pulmonaire est faite et vient faire soupçonner le diagnostic de bacillose. Elle montre : une obscurité du sommet droit non modifiée par la toux ; une très grosse diminution de la transparence pulmonaire dans la moitié inférieure du poumon droit ; une infiltration lobulaire apicale et inférieure du même côté ; à gauche, un petit foyer de condensation localisé dans le parenchyme axillo-hilaire avec présence de nodules crétacés juxtahilaires inférieurs.

Le 24 novembre, un nouvel examen de crachat met un B.K. en évidence par champ. Le malade passe alors au pavillon des tuberculeux. Son état s'aggrave progressivement, un traitement par allochrysine est institué. Une deuxième radiographie pulmonaire montre une aggravation rapide des lésions. Une pleurésie apparaît le 19 décembre 1940. L'exitus se produit le 5 janvier 1941.

Depuis l'intervention, son transit digestif a parfaitement fonctionné. Une radiographie gastrique de contrôle, datée du 26 novembre 1940, nous le confirme : estomac gastrectomisé ; anastomose continente et fonctionnant normalement. Les contours de la zone opératoire sont réguliers, sans image anormale. La souplesse et la mobilité sont normales (Docteur Daviot).

Ce malade n'a pu être suivi tardivement après son intervention. Cependant, son cas est extrêmement instructif. Il souligne d'abord le rôle que peut avoir un acte opératoire dans le déclanchement d'une flambée bacillaire chez un tuberculeux latent comme celui-ci. Par voie de conséquence, il montre quelle importance on doit attacher à la recherche minutieuse d'antécédents ou de signes actuels pathologiques avant une gastrectomie d'urgence, puisque, ici, un examen préalable sérieux n'avait révélé qu'une bronchite chronique.

OBSERVATION III

Monsieur Guillaume R..., 45 ans, manutentionnaire à la S.N.C.F.

Amené à 17 heures à l'Hôpital, le 28 décembre 1941, pour crise douloureuse abdominale aiguë, ce malade avait été pris d'une douleur violente à l'épigastre à 14 heures, après le repas, alors qu'il était dans la rue. Cette douleur avait été si intense qu'elle l'avait obligé à se plier en deux pendant un long moment. Devant sa persistance et après un vomissement alimentaire, sa famille avait appelé le Docteur Prat qui l'avait

fait entrer d'urgence dans son service avec le diagnostic de perforation d'ulcère.

A son entrée, on note son faciès pâle ; il présente une dyspnée légère avec respiration superficielle ; il accuse une douleur constante et profonde au creux épigastrique qui lui donne l'impression de « couler » et de descendre dans le flanc et la fosse iliaque droits. Il vomit encore et gémit continuellement.

Interrogé sur ses antécédents pathologiques, il assure avoir toujours eu une excellente santé, en ce sens qu'il a toujours travaillé et n'a jamais eu de maladie aiguë, si ce n'est du paludisme contracté pendant la guerre de 1914-1918. Mais, depuis cette époque, il présente fréquemment des troubles digestifs apparaissant par périodes irrégulières pendant lesquelles il souffre tous les jours régulièrement deux à trois heures après son repas de midi, sans vomissements ni troubles du transit digestif, au niveau de l'hypocondre droit. En raison de son paludisme, d'ailleurs jugulé par un traitement actif dès le début, il a toujours été soigné pour insuffisance hépatique ; il a suivi par intermittence un régime, celui-ci n'amenant qu'une amélioration passagère. Pendant un certain laps de temps, en effet, ces troubles disparaissaient complètement sans laisser de traces.

Depuis quatre mois cependant, il souffrait sans arrêt et maintenant immédiatement après les repas. Ces douleurs étaient en ceinture autour de la base thoracique droite, ce qui avait fait poser au médecin traitant le diagnostic de névralgies intercostales. Après un amaigrissement, mis sur le compte de l'alimentation actuelle, tout cela avait abouti à la crise d'aujourd'hui.

A l'examen local, on trouve un ventre immobile avec une contracture de bois et uniformément douloureux ; la matité préhépatique a disparu et une légère matité dans les deux flancs, mobile dans le décubitus latéral, paraît indiquer la présence d'une petite quantité de liquide. Le reste de l'abdomen est hypersonore.

L'examen général est satisfaisant en dehors d'un pouls à 120 et d'une température à 37°5.

Les appareils cardio-vasculaires, respiratoires, nerveux, génito-urinaires sont en excellent état.

Il ressort donc de cet interrogatoire et de cet examen que ce malade est atteint d'un ulcus perforé. Son état général satisfaisant permet d'envisager la possibilité d'une gastrectomie d'urgence.

PROTOCOLE OPERATOIRE. Le Docteur Prat intervient à la cinquième heure sous anesthésie locale après anesthésie de base au scophédal.

La cavité péritonéale est remplie de débris alimentaires de toutes sortes, notamment de salade et de vin rouge. La perforation est facilement découverte sur le duodénum ; elle est, en effet, de larges dimensions : de 1/2 cm. de diamètre environ, ce qui explique le passage de débris alimentaires de grosse taille à travers cette brèche.

La fermeture duodénale est difficile à cause de la callosité de la zone périulcéreuse. Après une dissection laborieuse à cause de l'hyperhémie inflammatoire nécessitant une hémostase soignée, on peut dépasser la zone ulcéreuse et l'on suture en deux plans avec une épiplooplastie de protection.

L'estomac est fermé et abouché à l'intestin grêle par une anastomose termino-latérale sur toute la tranche à la Polya.

La paroi suturée plan par plan comprend cependant 4 points totaux au crin double ; quelques crins simples affrontent la peau dans leurs intervalles.

Un drainage double est mis en place :

— l'un dans la région sous-hépatique en dehors de la ligne d'incision,

— l'autre est sus-pubien et draine le cul-de-sac de Douglas.

SUITES OPERATOIRES ET SOINS POST-OPERATOIRES : Les suites opératoires sont bonnes. Cependant, le pouls se maintient rapide, la langue est sèche. On pratique une azotémie qui s'élève à 0,75 gr.

La thérapeutique mise en œuvre est analogue à celle que nous avons précédemment décrite, dans la première observation :

— sérum physiologique : 1 litre.
— sérum hypertonique salé intraveineux : 40 cc.
— toni-cardiaques.
— extraits perhépatiques.

Il est en position demi-assise ; il boit par petites quantités à partir de la douzième heure ; il se lève au 6e jour.

Les drains enlevés à la 48e heure ont permis une cicatrisation abdominale parfaite dès le douzième jour.

Une vérification radiologique pratiquée le 6 janvier 1942 montre la présence d'un liquide de stase à jeûn après l'absorption de baryte. L'évacuation est très lente à travers une anastomose sténosée. Six heures après le repas opaque, il reste encore un petit culot baryté dans l'estomac.

Cette sténose ne devait être que passagère et sous la dépendance probable d'un œdème des sutures de la bouche gastro-intestinale, car ce malade n'a plus présenté aucun trouble digestif depuis son opération. Revu le 12 juin 1942, il affirme n'avoir plus ressenti aucune douleur depuis sa sortie

de l'hôpital et cela malgré les écarts de régime constants imposés par le ravitaillement actuel. Les crudités, les sauces, le pain sont également bien supportés. Il est absolument débarrassé de ses troubles digestifs antérieurs.

OBSERVATION IV

Monsieur Louis B..., 65 ans, croupier.

C'est brusquement, au cours de l'exercice de sa profession, que ce dernier malade ressentit pour la première fois une douleur épigastrique à type de crampes avec coliques abdominales sourdes et tenaces à 18 h. 40. Etonné de sa persistance, il se fit remplacer, au bout d'un moment, à la table de jeu qu'il présidait, pour aller prendre au bar deux verres d'alcool qui lui paraissaient être le remède le plus efficace contre cet « embarras gastrique », car n'ayant jamais été malade aucune autre thérapeutique ne lui vient à l'esprit. Un quart d'heure après, un petit vomissement glaireux paraît le soulager. Il reprend son service, interrompu bientôt pour la deuxième fois, par une douleur du même type, mais brutale cette fois, qui l'oblige à se plier en deux. Un médecin qui se trouvait là l'examine rapidement et conseille son transport d'urgnce en ambulance à l'hôpital.

Il y arrive bientôt après. L'interne de garde qui le reçoit recueille les renseignements précédents. Douleur brutale au creux épigastrique avec petit vomissement. A ces signes fonctionnels aucun antécédent pathologique ne vient ajouter un élément de probabilité. Il n'a, en effet, jamais eu de passé digestif, ni aucune maladie, il nie tout alcoolisme. Aucun membre de sa famille n'a eu de maladie gastrique ; son père est mort à 82 ans, sa mère fut emportée par une fièvre typhoïde, ses deux sœurs sont mortes à l'adolescence de tuberculose pulmonaire, mais lui-même n'a jamais eu d'atteinte bacillaire. Il a toujours vécu en pleine santé sa vie de célibataire.

Les signes physiques sont incomplets mais nets : température normale, pouls à 64. Par contre, l'abdomen, légèrement ballonné, est en contraction maximum, ne respire pas, et la douleur à la palpation est très marquée sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. La matité pré-hépatique a disparu ; on ne trouve pas de matité dans les flancs ; l'abdomen est sonore et météorisé sous cette contracture ; le toucher rectal est douloureux.

L'examen général ne révèle aucune tare organique malgré son âge. Ses poumons sont en parfait état, ainsi que ses appareils cardiovasculaire, rénal et nerveux. Sa tension arté-

rielle s'élève à 14-7. Il n'a aucun stigmate d'hérédité collatérale bacillaire signalée plus haut. Il est de constitution plutôt maigre et semble devoir supporter toute intervention avec le maximum d'éléments favorables.

PROTOCOLE OPERATOIRE. — L'intervention est faite par le Docteur Nicolas à 23 heures, 4 heures après le début des accidents, sous anesthésie générale à l'éther.

Après ouverture de la paroi, on pénètre dans la cavité péritonéale et l'on découvre un ulcère pyloro-duodénal antérieur, avec une perforation grosse comme un pois. La lésion est libre, d'un abord facile ; elle permet à l'opérateur d'envisager la gastrectomie d'urgence. L'aspirateur est utilisé pour évacuer le péritoine, le duodénum cependant est difficilement libérable à sa partie postérieure.

On entreprend alors un moyen de résection de l'ulcère un peu atypique. Sur la section duodénale, une incision en V est branchée pour enlever l'ulcère, une suture longitudinale réunit les deux branches du V et l'extrémité du duodénum est fermée perpendiculairement à elle ; une fois achevée, cette suture a la forme d'un T couché (—|) ; une épiplooplastie complète cette fermeture.

Une gastro-entérostomie termino-latérale sur toute la tranche (Polya) est pratiquée.

La paroi est fermée par des points au catgut sur les muscles et le péritoine, quelques crins totaux et des agrafes sur la peau. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie opératoire.

SUITES OPERATOIRES. — Elles permettent au malade de passer les premières heures qui suivent l'intervention dans un calme parfait et sans accuser de douleur.

500 cc. de sérum physiologique, des tonicardiaques sont injectés la première nuit ; le malade est à moitié assis, il boit dès la douzième heure.

La température, après avoir atteint 38° le lendemain de l'intervention, n'a plus dépassé 37°3 par la suite.

Dès le sixième jour, le malade a été assis dans un fauteuil ; le lendemain, après l'ablation des agrafes, il faisait quelques pas. Le drain est enlevé avec les crins le dixième jour.

Le quatorzième jour après l'intervention, il sortait de l'hôpital et son premier soin, malgré les recommandations faites, fut d'aller au restaurant manger un repas normal, qui fut bien supporté.

Nous avons revu le malade le 11 juin 1942. Il est en parfaite santé, sa cicatrice est solide, non douloureuse. Il n'a jamais observé le régime prescrit à sa sortie de l'hôpital parce qu'il s'est senti, dit-il, dès sa sortie, parfaitement rétabli et revenu à son état antérieur (il n'avait jamais souffert de l'estomac). Il a repris son métier et probablement les habitudes demi-alcooliques qu'il cultive fatalement. Ces écarts n'ont pas compromis l'excellent résultat de l'intervention.

Resultats

Il faut envisager les résultats de la gastrectomie d'urgence à deux moments différents :

— d'abord immédiatement après l'intervention ; ceci nous amène à étudier la mortalité opératoire.

— ensuite tardivement, pour connaître le devenir de la maladie gastrique, après un laps de temps appréciable.

A chaque moment nous mettrons en parallèle les résultats correspondants de la suture avec ou sans gastro-entérostomie.

1°) RESULTATS IMMEDIATS. — Les résultats immédiats ont été bien étudiés dans les statistiques établies depuis Judine et Duval.

a) Pour la gastrectomie d'emblée, si l'on fait la moyenne des chiffres publiés en ne tenant compte que des ulcères perforés en péritoine libre, on trouve — et les auteurs sont tous d'accord sur ce point — une mortalité globale de 14,4 %.

Si l'on classe ces cas de mort d'après le nombre d'heures écoulées entre les premiers signes de perforation et l'intervention, on note :

7,2 % de décès dans les 6 premières heures,
15,1 % de décès dans la 6e et la 12e heure,
35,1 % de décès entre la 12e et la 24e heure.
45 % de décès après la 48e heure.

D'après le facteur âge on trouve :

15 % de mortalité avant 45 ans,
25 % de mortalité après 45 ans.

Il semble cependant que les chirurgiens accordent moins d'importance à ce facteur âge qu'au facteur temps. Rien ne prouve en effet, qu'un individu en bon état général ne peut supporter l'intervention s'il a dépassé la quarantaine. Ce facteur âge paraît donc secondaire. Nous avons d'ailleurs vu, dans les indications de la gastrectomie d'urgence, que s'il est classique d'écarter systématiquement cette intervention en présence d'individus ayant dépassé les 45 ans, les chirurgiens n'en tiennent pas compte en présence d'un sujet parfaitement sain.

b) Pour les sutures avec ou sans gastro-entérostomie, le taux de mortalité étudié sur le même plan que précédemment donne :

une mortalité globale de 25 %

et d'après le facteur temps :

10,7 % de décès dans les 5 premières heures,
20 % de décès entre la 6e et la 12e heure,
42,8 % de décès entre la 12e et la 24e heure,
76,4 % de décès après la 24e heure

enfin d'après le facteur âge :

20 % de décès avant 45 ans.
43 % de décès après 45 ans.

Il est inutile de séparer les taux de mortalité respectifs de la suture avec ou sans gastro-entérostomie, car leurs résultats sont pratiquement superposables.

c) Si l'on compare maintenant la mortalité de la gastrectomie à la mortalité de la suture on constate, au premier abord, que les taux des gastrectomies sont constamment meilleurs puisque moins forts que les taux des sutures. Ceci provient évidemment du fait que la suture est appliquée à tous les cas, les bons comme les « laissés pour compte » de la gastrectomie.

Mais si l'on compare la croissance de mortalité pour les deux interventions, depuis la sixième heure jusqu'à la quarante-huitième, on constate que la mortalité augmente tout à fait parallèlement pour les deux tactiques : elle croît très peu jusqu'à la douzième heure et, ce délai franchi, elle passe du simple au double. Il en est de même lorsqu'on compare la mortalité des deux interventions suivant l'âge de l'opéré avant ou après 45 ans. Elle passe également du simple au double.

Il ressort donc de l'examen de ces statistiques opératoires que :

1°) dans 60 % des cas, d'après Brocq et Aboulker, on peut traiter par gastrectomie les ulcus perforés sans faire courir au malade un risque plus grand que par suture avec ou sans gastro-entérostomie.

2°) la 12e heure semble être un cap, après lequel le pronostic subit une aggravation égale pour les deux procédés.

Il ne semble donc pas que, passé ce délai, on doive préférer la suture à la gastrectomie. Encore là, si les autres conditions le permettent, la gastrectomie peut être pratiquée. Cependant, la suture est souvent préférée, alors que les risques de péritonite et la précarité du succès font appliquer le vieux principe de la chirurgie d'urgence : faire le minimum.

II) RESULTATS ELOIGNES. — Ceux-ci sont donnés par l'étude de l'état pathologique des malades qui ont survécu à l'intervention, dans les années qui suivent. Elle est extrêmement intéressante.

a) P. Brocq et P. Aboulker ont colligé les observations de suture avec ou sans gastro-entérostomie complémentaire, revues tardivement.

Ces résultats sont médiocres puisqu'on note 59 % de guérisons seulement ; pour les 41 % restants, trois inconvénients se présentent :

1°) certains sont améliorés mais ont des poussées douloureuses, sont astreints à un régime et à un traitement médical régulier de leur ulcère ;

2°) d'autres souffrent d'ulcus peptiques post-opératoires ; si l'on essaye de comparer les résultats respectifs de la suture et de la gastro-entérostomie on voit que la persistance des troubles banaux est plus rarement observée après gastro-entérostomie, mais, inversement, les gastro-entérostomies sont suivies plus fréquemment d'ulcus peptiques ;

3°) de ces guérisons incomplètes et de la possibilité d'un ulcus peptique découlent souvent la nécessité d'une réintervention. Cette thérapeutique est, dans ces cas, le meilleur moyen de guérison. Or, souvent les malades l'acceptent difficilement. Cette opération est toujours grave. En effet, la paroi est souvent de mauvaise qualité, éventrée ou adhérente à cause d'une fermeture hâtive plan par plan au fil de bronze, imposée au chirurgien par les circonstances de la première intervention, et ceci constitue une première difficulté technique. Après l'ouverture du péritoine, l'étage sus-mésocolique constitue un magma d'adhérences entre foie et vésicule, épiploon, mésocolon et pancréas. En somme, tous les organes avoisinant l'ulcère ont tendance à adhérer avec lui, à l'enfouir, à couvrir la lésion. La gastro-entérostomie complique encore cette anatomie topographique atypique par la présence de la première anse jéjunale qui vient s'aboucher à la face postérieure de l'estomac.

La présence d'un ulcus peptique est, à plus forte raison, génératrice d'adhérences souvent récentes, très complexes et relativement profondes, dans une région dont l'ordre est modifié par la première intervention et où les repères anatomiques sont moins fidèles.

On est donc pris, après une intervention à minima comme la suture avec ou sans gastro-entérostomie, entre un dilemne difficile à résoudre : ou bien laisser souffrir le malade et tenter d'atténuer ses troubles par un traitement médical, ou bien réopérer et pratiquer une gastrectomie, ce qui

fait courir certains risques au malade, puisque ces interventions sont grevées de 10 % de mortalité. Souvent d'ailleurs, le chirurgien a la main forcée par la persistance ou l'accroissement des troubles signalés.

Il semble donc, à tous égards, que la gastrectomie d'urgence est à priori préférable puisqu'elle est d'emblée plus complète.

b) L'étude des suites éloignées de ces gastrectomies d'urgence vient nous confirmer dans cette opinion. En effet, ses résultats sont bien supérieurs à ceux de la suture avec gastro-entérostomie.

On signale : 79 % de guérisons complètes,
8,8 % d'améliorations notables.
donc 87 % de bons résultats, pratiquement pas d'ulcus peptique post-opératoire.

Comparativement,

— la suture avec ou sans gastro-entérostomie à 41 % de mauvais résultats éloignés,

— la gastrectomie d'emblée n'en a que 12,2 %.

Ces chiffres sont éloquents et on peut conclure que :

1°) D'après l'étude des statistiques opératoires, les indications étant soigneusement posées, la gastrectomie d'urgence pour perforation d'ulcus gastriques et duodénaux n'est pas plus dangereuse pour le malade qu'une suture ou une gastro-entérostomie. Elle donne même des chiffres meilleurs, mais ceci doit être attribué au bon état général des gastrectomisés, condition principale sur laquelle repose le choix de l'intervention.

2°) D'après l'interprétation des résultats éloignés de ces deux sortes d'intervention, la gastrectomie donne beaucoup plus de chances de guérison complète et évite, presque à coup sûr, l'éventualité d'une réintervention.

Résultats Personnels

Les résultats des quatre observations rapportées ici sont tout à fait conformes aux conclusions que nous venons de rapporter d'après les publications et les travaux faits sur ce sujet.

En effet, ces quatre gastrectomies ont parfaitement guéri d'emblée et les trois malades que nous avons pu revoir sont dans un état de santé absolument idéal, la récupération fonctionnelle étant intégrale et leur permettant de pratiquer des métiers pénibles sans ressentir aucune fatigue et sans prendre des précautions particulières.

Le nombre des cas que nous publions est trop restreint pour nous permettre de parler avec autorité après les beaux travaux déjà parus sur cette question. Voici cependant quelques réflexions que nous ont inspiré la pratique de ces quatre interventions et l'étude de ces malades postérieurement à elles.

Il semble d'abord que la gastrectomie d'emblée est une indication de choix chez les individus robustes pratiquant un métier manuel pénible, appartenant à une classe sociale ouvrière où des soins répétés, la nécessité d'un régime alimentaire, des périodes de repos ou des congés de maladie ne sont pratiquement pas observés car ils grèvent un budget et entravent la vie de toute une famille. Pour ces mêmes raisons l'idée d'une deuxième intervention est difficile à faire accepter, ou bien les malades s'y rallient à une période où la maladie a fait de tels progrès que l'état général est très atteint et compromet le résultat de cette intervention secondaire. Les observations N°s 1 et 3 illustrent l'excellence de la gastrectomie d'emblée dans de telles conditions.

D'autre part le facteur âge qui paraît jouer un rôle assez important dans les statistiques étudiées et les indications posées par les classiques, nous semble devoir être considéré comme très accessoire, le seul facteur important étant l'état général du patient. Notre malade N° 4, quoique âgé de 65 ans, était physiologiquement beaucoup plus jeune et a supporté l'intervention comme sa constitution solide le faisait prévoir.

Du point de vue technique, l'opérateur doit se plier aux exigences des lésions en présence desquelles il se trouve après

ouverture de la cavité péritonéale. On ne peut dire à l'avance quelle est la tactique préférable et applicable à ces cas d'urgence. Suivant les caractéristiques anatomiques et pathologiques de la lésion, il est amené à pratiquer soit une anastomose de toute la tranche gastrique, soit à fermer partiellement cette dernière. Il est même parfois conduit à faire des résections atypiques (témoin la résection en V de l'ulcus gastro-duodénal de l'observation N° 4). De telles difficultés qui paraissent au premier abord difficilement surmontables ne sont souvent pas une contre-indication formelle après réflexion et bilan soigneux des possibilités à mettre en œuvre.

Qu'il nous soit permis en dernier lieu de préconiser trois petits points de technique accessoire qui nous ont paru faciliter l'intervention ou les suites opératoires :

1°) l'injection intraveineuse de scophédal ou morphine faite immédiatement après avoir posé l'indication opératoire permet d'obtenir une véritable narcose non choquante qui va faciliter le début de l'intervention et raccourcir le temps de l'anesthésie locale (quitte à rajouter de la scurocaïne pour la fermeture, si c'est nécessaire, et cette mesure doit être appliquée souvent même après une préparation banale. Elle permet surtout de gagner environ la demi-heure nécessaire pour que l'injection intramusculaire du même produit ait agi, et cela n'est pas à dédaigner pour une opération dont la gravité est proportionnelle au temps écoulé entre le début des troubles et l'intervention salvatrice ;

2°) la sulfamidothérapie locale intraabdominale n'a pas paru étrangère aux excellentes suites opératoires observées. L'éloge de ce procédé de désinfection dans toutes les plaies souillées et dans toutes les lésions septiques chirurgicales n'est plus à faire. Il semble de même que le péritoine soit mieux armé pour constituer une barrière à l'infection et éviter la péritonite mortelle ou les simples adhérences après un poudrage au septoplix ;

3°) Il nous semble prudent de rester fidèle à la méthode de drainage ; en employant un drain à la paroi en dehors de la cicatrice opératoire, on évite tout risque d'éventration ; on a une sécurité de plus et ce drain sous-hépatique ou sus-pubien, enlevé dans les premiers jours, ne retarde pas la cicatrisation ou le lever du malade.

Conclusions

1°) La gastrectomie d'emblée pour ulcère perforé est une intervention idéale à mettre en œuvre :

a) quand le malade est vu dans les 10 premières heures après la perforation ;

b) quand son état général est parfait ;

c) quand les conditions anatomiques sont favorables.

2°) La technique employée est celle de toute gastrectomie à froid.

Cependant elle est facilitée par l'emploi de l'anesthésie locale précédée d'une injection intraveineuse d'un hypnotique type scopolamine-morphine (ou d'une spécialité analogue).

3°) La sulfamidothérapie locale intra-abdominale, et le drainage en dehors de la cicatrice opératoire améliorent le pronostic et les suites immédiates.

Lu et approuvé
Le Président de Thèse
Yves BOURDE

Lu et approuvé
Le Doyen
L. CORNIL

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 20 juillet 1943
Le Recteur
P.E. CAU

Bibliographie

R. Alessandri. — *Boll. c. Mem. della Soc. Piem. di Chir.* 4, N° 7.561-564 (analysé in *J. de Chirurgie*).

Ameline. — 12 gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, (séance du 25 juin 1941).

Angerer. — (Statistique de Breitner). *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, 1934, 1935, 244.

Aubert M. V. — Péridurale de Dogliotti. *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir. de Marseille*, 16 février 1942.

Bager. — (Statistique générale des hôpitaux suédois). *Acta. Chir. Scand.* 1929, 64, Supp. II.

Baltin W. — Résection immédiate de l'ulcère gastrique lors de la perforation libre dans la cavité péritonéale. *Zentralblatt für Chirurgie*. An. GG, N° 39, 30 sept. 1939, p. 2138-2142.

Bourdé. — (Statistique personnelle). *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* 1931, 1171.

Bréant. — *Thèse* Paris, N° 712, 1938.

Brocq P. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 1936, p. 1061-1076.

Brocq P. et Aboulker P. — La place actuelle de la gastrectomie dans le traitement de la perforation des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. *Presse Médicale*, 13 février 1937, p. 231-233.

Bundschush. — Résection dans la perforation libre de l'estomac ou du duodénum. *Journal de Chirurgie*, t. XX, IV, p. 345.

Bundschush. — Résection dans la perforation en péritoine libre de l'estomac ou du duodénum. *Arch. für Klinische Chirurgie*, t. CXXIX I 324 fos 12, p. 281-297.

Câlvet. — (Statistique Sce Lenormant). *Presse médicale*, 1935, 22-25

Carayannopoulos Georges et Christeas N. — Sur dix-huit cas de perforation d'ulcère gastrique ou duodénal. Treize gastrectomies. Rapport de M. Pierre Brocq, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*. Séane du 8 juillet 1936, p. 1061-1076.

Carsky. — *Bratisl. Lekarska Listy*, Mai 1935, 15, 728-739 (analysé in *Presse Médicale*).

Chabrut. — (Statistique Service Lejars). *J. de Chir.* 1931, 38, 659.

Chiasserini. — Résection dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé. *Giornale Veneto di Scienza Medica*, an V, N° 3, 1931, p. 184-205.

Chognon. — (Statistique Piollet). *Thèse de Toulouse*, 1934-35.

Curt Boem. — (Statistique personnelle). *Chir.* 1931, 257-260.

DEIREZ et BOTTIN. — *Revue de Chirurgie*, 1936, 64, N° 2.

DEMOURGUE. — (Statistique des Hôpitaux de Lyon). *Thèse de Lyon*, 1932-1933.

DESPLATS et MUTRICY. — (Statistique personnelle). *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* 1933, 838.

DOBERAUER. — Treize gastrectomies pour ulcus perforé, 3 morts. *Med. Klin.* N° 9, 2 mars 1928.

DUVAL Jean. — La gastrectomie opération bénigne, 2e Ed. 1939, Maloine, éditeur.

ELVING. — Résection primitive dans l'ulcère perforé de l'estomac. *Finska Läkaresallskepets handlingar*, T. LXXII, N° 5, p. 385-392.

FICHELTER. — Résection méthode de choix dans les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Statistique de Walzel. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, tome CLX, 1930, p. 400-409.

FIGARELLA M.-J. — Perforation d'ulcère duodénal-gastrectomie. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille*, 2 février 1942.

FRIEDMANN. — (Statistique personnelle). *Zentralbl. f. Chir.* 1933, p. 934-939.

FROMME — 2 cas de résection primitive d'ulcère perforé en péritoine libre. *Bruns. Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Tome CXLVII, N° 1, 1929, p. 111-116.

GANDUSIO. — La résection gastrique, méthode de traitement des perforations de l'estomac. *Journal de Chirurgie*, t. XX, p. 416.

GANDUSIO. — La résection gastrique, méthode de traitement des perforations de l'estomac. *Archivio italiano di Chirurgia*, 1922. Tome V, p. 216-228.

GANDY. — (Statistiques des Services Duval, Toupet, Cadenat, Labey, Chevrier). *Thèse de Paris*, 1934.

GOSSET et LERICHE. — Ulcus peptiques post-opératoires. *Congrès de Chirurgie*, 1931.

GRAVES. — (Statistiques de Schmeiden). *Annals of Surgery*, 1933, 98, 197-208.

GRUNER. — Quand la résection est-elle indiquée dans l'ulcère gastrique ou duodénal perforé ? *Zentralblatt für Chirurgie*, T. LIII N° 21, 1926, p. 1310-1311.

HENLE. — (Statistique de Boessicher). Ulcères perforés et leur traitement par la résection gastrique primitive. *Der Chirurg.* an II, N° 21, 1930, p. 987-991.

HOCHE et MARANGOS. — (Statistique de Breitner). *Arch. für Klin. Chir.* 1932, 169.

JUDINE *Serge*. — A propos du traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Statistique de 207 cas. Rapport de M. Pierre Duval. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1929, p. 1233-1243. (Séance du 20-11-1929).

JUDINE Serge. — Nouvelle série d'ulcères perforés du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurg.* 1933, p. 775. (Séance du 10 mai 1933)

JUDINE Serge. — Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Journal de Chirurgie*, 1931, 38, p. 159-189.

JUDINE Serge. — *Journal Int. de Chirurgie*, 4, N° 3, 1939.

KLEINSCHMIDT. — (Statistique personnelle). *Zblatt für Chir.* 1930-3.

KREUTER. — (Statistique personnelle). *Zentralblatt für Chir.* 1932, 2017-2019.

KREUTER. — Résection primitive dans l'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. *Klinische Wochenschrift* an. VI, N° 16, 1927, p. 742-743.

KUCHEN. — (Statistique de Brocunig), *Deuts, Zeitschr. fur Chir.* 1930, 227, 505-509.

KUNZ. — (Statistique de Denk). *Arch. für Klin. Chir.* 1930, 160, 390-399.

LEWISSOHN. — Résultats éloignés d'une série d'interventions salvatrices dans les ulcères perforés. *Annals of Surgery.* Vol. LXXXVII, N° 6, p. 855.

MUHSAM. — (Statistique personnelle). *Med. Klinik.* 1931, p. 1945-1848.

MULLEDER A. et NEUBERGER J. — Résection de l'ulcère gastro-duodénal perforé. *Wiener Klinische Wochenschrift*, tome XXXVI, N° 42.

NEUBER. — (Statistique personnelle). *Zentralblatt für Chir.* 1933, p. 1515-1516.

ODELBERG. — (Série personnelle). 20 gastrectomies pour ulcus perforé. *Acta Chirurgica Scandinavia*, t. LXII, fasc. II, p. 159, 1927

Félix PAPIN et WILMOTH. — *Congrès de Chirurgie*, 1933. Traitement des hémorragies ulcéreuses.

PETERS. — (Statistique personnelle). *Chir.* 1935, 78-83, Analyse in *J. de Chirurgie.*

POLONY. — (Statistique personnelle). *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* 1929, p. 105.

RAPANT. — (Statistique de Petrivalsky). *Zentralblatt für Chir.* 1930, p. 1143-1146.

RICHARD. — (Statistique de Henschen). *Zentralblatt für Chir.* 1931, p. 149-152.

RIDDER W. — Résultats définitifs de la résection primitive pour ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum. *Der Chir.* an III, tome XX, 1931, p. 884-889.

RIEDER. — (Statistique de Südeck). *Chir.* 1931, p. 884-889.

RIESE H. — Légitimité de la résection de l'ulcère gastrique duodénal perforé, t. XXVIII, p. 410.

RIESE H. — Légitimité de la résection de l'ulcère gastrique duodénal perforé. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, tome CXXVII, 1923, p. 326-343.

ROUSSELIN. — (Hôpitaux du Creusot). *Lyon Chirurgical*, 1933, 543.

WOHLLEBEN. — (Statistique de Stich). *Chirurg.* 1930, p. 922.

WILMOTH. — (Statistique du Service Lenormant). *J. de Chirurgie*, 1930, 34, 712-720.

Table des Matières

INTRODUCTION 9

HISTORIQUE 11

BUTS ET AVANTAGES 15

INCONVENIENTS 19

INDICATIONS 21

CONTRE-INDICATIONS 25

TECHNIQUE 26

- Préparation du malade 26
- Anesthésie 26
- Etapes 28
- Incidents 30
- Soins post-opératoires 31

OBSERVATIONS I 32

II 34

III 36

IV 39

RESULTATS :

- Immédiats 42
- Eloignés 44

RESULTATS PERSONNELS 46

CONCLUSIONS 48

BIBLIOGRAPHIE 49